RAPPORT ANNUEL DE GESTION

2002 – 2003

Conseil médical
Québec

RAPPORT ANNUEL DE GESTION

2002 – 2003

CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC

présenté à

Monsieur Philippe Couillard
Ministre de la Santé et des Services sociaux

JUIN 2003

Le contenu de cette publication a été rédigé par le :

Conseil médical du Québec
880, chemin Sainte-Foy, R.-C.
Québec (Québec) G1S 2L2

Téléphone : (418) 646-4379
Télécopieur : (418) 646-9895

Internet : http://www.cmed.gouv.qc.ca
Courrier électronique : cmed@cmed.gouv.qc.ca

Dépôt légal - 2003
Bibliothèque nationale du Québec, 2003
ISBN : 2-550-41093-9

© Gouvernement du Québec

Québec, juin 2003

Monsieur Michel Bissonnet

Président de l'Assemblée nationale

Hôtel du Parlement

Québec

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous présenter le Rapport annuel de gestion du Conseil médical du Québec pour l'exercice financier qui s'est terminé le 31 mars 2003.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de mes sentiments distingués.

Le ministre de la Santé et des Services sociaux,

Philippe Couillard

Québec, juin 2003

Monsieur Philippe Couillard
Ministre de la Santé et
des Services sociaux
Hôtel du Parlement
Québec

Monsieur le Ministre,

J'ai l'honneur de vous remettre le Rapport annuel de gestion du Conseil médical du Québec pour l'exercice financier se terminant le 31 mars 2003.

Veuillez accepter, Monsieur le Ministre, l'expression de ma considération distinguée.

Le président du Conseil médical du Québec,

Luc Deschênes

104-01655/

PRÉSENTATION

Ce rapport annuel de gestion présente les principales activités du Conseil médical du Québec qui ont permis l'atteinte des résultats escomptés dans le Plan stratégique, pour la période s'étendant du 1er avril 2002 au 31 mars 2003.

Le rôle, la composition et le fonctionnement sont exposés dans la première partie du rapport. Les valeurs et principes qui guident les travaux du Conseil en composent la deuxième partie. Les activités du Conseil proprement dites sont décrites dans la troisième partie du rapport.

Les objectifs que le Conseil s'était fixés pour l'année 2001-2002 ont été atteints. L'année 2002-2003, constitue la dernière étape de la planification stratégique 2001-2003 et contient les éléments les plus importants.

Deux objectifs ont été atteints en 2002-2003. L'*Avis sur la politique des inscriptions dans les programmes de formation postdoctorale en médecine pour 2003-2004* a été transmis au Ministre en décembre 2002 (objectif 9) et l'*Avis sur le professionnalisme et l'engagement des médecins envers la société* a été inscrit pour adoption à l'ordre du jour de la séance du 11 avril 2003 (objectif 5). Pour l'objectif 5, après avoir suscité plusieurs commentaires lors de la séance du 31 mai 2002, la deuxième version du document a fait l'objet d'une réorientation des travaux en 2002-2003. Les travaux pour l'objectif 10 seront réalisés dès réception de la demande d'avis du Ministre.

En raison d'un manque d'effectifs, les résultats attendus pour les objectifs 4, 6 et 7 sont en voie de réalisation. Le Conseil prévoit faire adopter ces travaux pour l'automne 2003. Le projet portant sur les liens fonctionnels essentiels entre la première ligne de services médicaux et ceux des deuxième et troisième lignes de services a été inscrit pour la présentation de la première version à la séance du 11 avril 2003 (objectif 7).

Par ailleurs, vous trouverez à la fin de la deuxième partie de ce document, un tableau-synthèse des objectifs fixés et des résultats obtenus au cours de la dernière année.

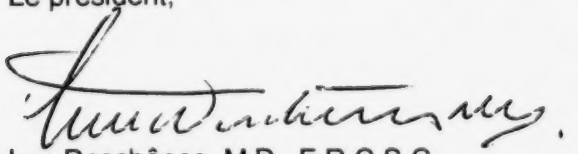
Quant aux travaux sur l'imputabilité médicale et sur les indicateurs de qualité et de résultats dans la prestation des services médicaux, ainsi que ceux concernant les services assurés, le Conseil poursuit ses démarches qui se termineront en 2003.

Étant donné que la dernière étape de la planification stratégique 2001-2003 en est presque à sa fin, le Conseil a produit un document sur les objectifs qui ont été fixés pour les années 2003 à 2006. Cependant, puisque ce programme s'échelonne sur la fin du deuxième mandat du président en poste depuis 1993 et à l'arrivée de son remplaçant, il est prévu que le nouveau président pourra présenter une nouvelle planification stratégique.

En terminant, nous ne pouvons que souhaiter que les propositions formulées au cours de la dernière année puissent contribuer à l'amélioration de la planification des effectifs médicaux, de l'organisation des services et de l'accessibilité aux services médicaux. Pour les activités actuellement en cours, nous continuons nos efforts afin que les projets reflètent l'opinion éclairée des médecins et professionnels du milieu de la santé et participent à l'amélioration des services médicaux pour la population.

Le Conseil médical du Québec complète, en avril 2003, sa dixième année d'existence à prodiguer des conseils sur l'organisation des services médicaux au ministre de la Santé et des Services sociaux. Avec le départ de deux ressources professionnelles, faire plus avec moins résumerait bien cette année qui fut aussi la dernière année de son premier président le Dr Juan Roberto Iglesias.

Le président,



Luc Deschênes, M.D., F.R.C.S.C.

TABLE DES MATIÈRES

PREMIÈRE PARTIE - LE CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC 11

1. Le rôle du Conseil 11

2. Les membres du Conseil au 31 mars 2003 14
   Membres ayant droit de vote 14
   Membres n'ayant pas droit de vote 18

3. Le fonctionnement du Conseil 19
   Le processus 19
   Les ressources du Conseil 20
   Les bureaux du Conseil 21
   Site Internet du Conseil médical du Québec 22
   Application de la Loi sur l'administration publique 22
   Application de la Loi sur la justice administrative 22
   La modernisation de la gestion publique 23
   Le code de déontologie 23
   L'éthique 23
   La déclaration de services aux citoyens 24
   La protection des renseignements personnels 24

DEUXIÈME PARTIE - LES VALEURS ET LES PRINCIPES QUI GUIDENT LES MEMBRES DU CONSEIL 25

TROISIÈME PARTIE - LES ACTIVITÉS DU CONSEIL 29

1. Les séances du Conseil et les réunions des comités de travail. 30

2. Les travaux des comités 30
   Comité sur les effectifs médicaux 30
   Comité sur l'imputabilité médicale 32
   Comité sur les services assurés 32
   Comité sur la continuité des soins médicaux entre les lignes de services 34

3. Orientations 2001-2003 35

QUATRIÈME PARTIE
LES COMMUNICATIONS 37

CINQUIÈME PARTIE
LES PUBLICATIONS DU CONSEIL 41

SIXIÈME PARTIE
DÉCLARATION DE CONFORMITÉ 47

ANNEXE – CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE 49

PREMIÈRE PARTIE
LE CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC

1. Le rôle du Conseil

Le Conseil médical du Québec a été officiellement constitué par la Loi sur le Conseil médical du Québec, adoptée par l'Assemblée nationale, le 10 décembre 1991.

Le Conseil médical du Québec est un organisme consultatif auprès du ministre de la Santé et des Services sociaux.

La Loi confie au Conseil médical du Québec la fonction générale de conseiller le Ministre sur toute question relative aux services médicaux, en tenant compte des besoins de la population, de l'évolution des coûts des services médicaux et de la capacité de payer de la population.

En outre, cette loi définit le mandat du Conseil médical du Québec en deux parties distinctes.

La première partie accorde au Conseil le pouvoir de donner des avis au Ministre entre autres sur :

« 1° l'orientation des services médicaux en fonction des priorités du système de santé, notamment l'évolution, l'organisation, la distribution de ces services et les moyens de mieux harmoniser les services médicaux dispensés par les établissements au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et en cabinet privé ;

2° les besoins en effectifs médicaux en omnipratique et en spécialité, pris globalement ou pris par spécialité, et la répartition des effectifs dans les différentes régions ou territoires du Québec, compte tenu des caractéristiques de la population et des ressources budgétaires disponibles ;

3° l'évolution et l'adaptation de la pratique médicale face aux besoins en émergence, aux réalités nouvelles et aux standards de qualité ;

4° les différents types de pratique médicale eu égard aux besoins prioritaires de la population ;

5° les projets de règlement visant la couverture des services médicaux assurés ;

6° les modes les plus appropriés de rémunération des médecins ;

7° les politiques ou programmes ayant pour objet la rationalisation de la priorisation de la dispensation d'un service médical. »

La seconde partie du mandat renferme deux volets. Dans le premier, la loi fait obligation au Ministre de consulter le Conseil pour obtenir des avis sur les questions suivantes :

« 1° les projets de règlement relatifs à l'organisation clinique des services médicaux dispensés par les établissements ;

2° les politiques relatives à la main-d'oeuvre médicale notamment la politique des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine ;

3° le cadre de référence de la répartition des effectifs médicaux notamment en ce qui concerne les objectifs de croissance ou de décroissance à établir pour chaque région du Québec. »

Dans le second volet, la Loi fait par ailleurs obligation au Conseil de fournir son avis au Ministre sur toute autre question qu'il lui soumet et dans les délais qu'il prescrit.

2. Les membres du Conseil au 31 mars 2003

Membres ayant droit de vote

La Loi sur le Conseil médical du Québec stipule que ce dernier est composé de quinze membres ayant droit de vote, dont au moins huit, doivent être des médecins.

De plus, la Loi détermine un processus précis de nomination des membres ayant droit de vote. C'est ainsi que ces derniers sont nommés par le gouvernement sur recommandation du ministre de la Santé et des Services sociaux, de la façon suivante :

« 1° deux médecins omnipraticiens choisis parmi une liste de cinq médecins qui sont recommandés par l'organisme représentatif des médecins omnipraticiens ;

2° deux médecins spécialistes choisis parmi une liste de cinq médecins qui sont recommandés par l'organisme représentatif des médecins spécialistes ;

3° un médecin choisi parmi une liste de trois médecins qui sont recommandés par la Corporation professionnelle des médecins du Québec (aujourd'hui appelée Collège des médecins du Québec) ;

4° un médecin choisi parmi une liste de trois médecins qui sont recommandés par l'organisme regroupant les conseils des médecins, dentistes et pharmaciens des établissements ;

5° quatre personnes nommées après consultation des doyens des facultés de médecine ainsi que des recteurs des universités du Québec ayant une faculté de médecine, d'un organisme dont le mandat est l'évaluation des technologies de la santé, du Fonds de la recherche en santé du Québec et du Conseil consultatif de pharmacologie ;

6° trois personnes nommées après consultation du milieu de la santé et des services sociaux ;

7° un résident en médecine choisi parmi une liste de trois résidents qui sont recommandés par l'organisme représentatif de cette catégorie de personnes ;

8° une personne inscrite en formation médicale doctorale choisie parmi une liste de trois personnes qui sont recommandées par l'organisme représentatif de cette catégorie de personnes. »

La Loi stipule en outre, que le président du Conseil est nommé pour cinq ans et les autres membres, pour une période de quatre ans.

Au 31 mars 2003, le Conseil se composait des membres suivants :

Dr Juan Roberto Iglesias (1993-2003)
Président
Vice-doyen de la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke

Dr Louis Lapointe, vice-président (1999-2003)
Chirurgien général
Centre hospitalier régional du Grand-Portage

Dr Jean-Marie Albert (1997-2006)
Psychiatre
Centre hospitalier régional de Lanaudière, Joliette

Dr Pierre-Yves Anctil (2003)
Résident en anesthésiologie
Université Laval

Dr Martin Arata (2002-2006)
Omnipraticien, Directeur des services professionnels et hospitaliers
Centre hospitalier de la région de l'Amiante

Dr François Gauthier (2003)
Directeur et syndic, Direction des enquêtes
Collège des médecins du Québec

Dr David Goltzman (2003-2006)
Médecin-chef
Centre de santé de l'Université McGill

Madame Andrée Ann Jolibois (2003)
Étudiante en médecine
Université Laval

Madame Michèle Laverdure (1998-2003)
Conseillère en gestion, services de santé et services sociaux

Dr Laurent Marcoux (1999-2003)
Omnipraticien
Centre médical St-Denis, Saint-Denis-sur-Richelieu

Dr Bernard Millette (1999-2006)
Omnipraticien
Cité de la Santé de Laval

Madame Marie Pineau (1995-2003)
Pharmacienne
Berlex Canada Inc.

Dr Jean Talbot (2002-2006)
Médecin biochimiste
Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ)

Madame Micheline Ulrich (1997-2006)
Infirmière conseillère-cadre

Dre Raymonde Vaillancourt (1997-2006)
Omnipraticienne
Clinique médicale Vimy, Sherbrooke

Membres n'ayant pas droit de vote

D'autre part, le Conseil compte un certain nombre de membres n'ayant pas droit de vote. Il s'agit du sous-ministre de la Santé et des Services sociaux et des sous-ministres adjoints de ce ministère. Il s'agit aussi de toute personne désignée par le Ministre. À ce titre, on retrouve :

Dre Brigitte Bernard
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Madame Estelle Lépine
Ministère de l'Éducation

Dr Yves Landry
Régie de l'assurance maladie du Québec

3. Le fonctionnement du Conseil

Les membres du Conseil médical du Québec ont spontanément et unanimement choisi, dès le départ, comme principal mode de fonctionnement, simple mais exigeant, la participation active aux travaux de l'organisme. C'est ainsi que chacun d'entre eux s'investit personnellement dans les travaux d'au moins un comité du Conseil, en fonction de l'intérêt individuel que suscite le thème particulier ou de l'expertise requise pour le traiter. D'autres modalités de travail pourraient aussi être utilisées selon les circonstances.

Le processus

- Les membres des comités, avec le concours des professionnels de la Permanence du Conseil, élaborent une méthode de travail en fonction du thème étudié. Ils déterminent un échéancier et participent activement à la réalisation des travaux.

- À chacune de leurs séances régulières, les membres du Conseil prennent connaissance de l'évolution des travaux des comités et formulent, le cas échéant, des orientations ou des recommandations pour la poursuite du travail.

- Au terme de leurs réflexions, les comités présentent leurs recommandations au Conseil qui décide alors de la nature et de la forme des interventions qu'il entend faire concernant ces recommandations.

Les ressources du Conseil

La direction du Conseil est assumée par le président qui dirige les séances du Conseil et en est le porte-parole officiel. Il assure également la liaison entre le Conseil et le ministre de la Santé et des Services sociaux.

Pour la réalisation des mandats qui lui sont confiés ou qu'il se définit, le Conseil s'appuie sur un secrétariat dont le personnel, issu de la fonction publique, exécute les études et recherches pertinentes et offre le soutien professionnel et technique nécessaire aux membres.

À cette fin, le secrétariat du Conseil compte six postes permanents. De plus, quelques personnes viennent occasionnellement collaborer aux travaux du Conseil, à titre contractuel.

La Permanence est composée, des personnes suivantes :

Médecin conseil
Colette Roberge

Agent(e)s de recherche
Christine Beaulieu (jusqu'en août 2002
Christian Coutlée, contractuel
Claude Roberge

Documentaliste
Denis Santerre

Agente de secrétariat
Francine Morneau

Secrétaire du président
Liette Saillant

En 2002-2003 les ressources financières du Conseil étaient de 583 785 $ et se répartissaient comme suit :

Postes budgétaires	Budget $	Dépenses $
Traitement		
Employés permanents	360 724,00 $	240 900,48 $
Occasionnels	- $	25 440,66 $
Total au traitement	360 724,00 $	266 341,14 $
Fonctionnement		
Serv. Transports Communication	42 837,00 $	19 927,31 $
Serv. professionnels, administratifs, etc.	70 173,00 $	88 016,20 $
Entretien et réparation	300,00 $	109,95 $
Loyer	- $	278,65 $
Fournitures et approvisionnement	9 751,00 $	6 763,81 $
Matériel et équipement	- $	1 039,34 $
Total au fonctionnement	123 061,00 $	116 135,26 $
Transfert	100 000,00 $	67 046,00 $
Total au transfert	100 000,00 $	67 046,00 $
TOTAL	583 785,00 $	449 522,40 $

Les bureaux du Conseil

Les bureaux du Conseil médical du Québec sont situés au 880, chemin Sainte-Foy, à Québec.

On peut s'adresser au Conseil par téléphone au (418) 646-4379, par télécopieur au (418) 646-9895 ou par courrier électronique à cmed@cmed.gouv.qc.ca

Site Internet du Conseil médical du Québec

À la demande de la direction des Communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, le Conseil médical du Québec a dû migrer à la nouvelle adresse suivante: www.cmed.gouv.qc.ca. Le lecteur trouvera sur ce site la liste des avis du Conseil en mode accessible à la lecture.

Application de la Loi sur l'administration publique

Pour l'année 2002-2003, le Conseil a complété le formulaire électronique de saisie de données sur l'état de situation au 31 mars 2003. Il confirmait ainsi avoir satisfait aux obligations du programme de modernisation de la gestion publique dans la mesure où il peut s'appliquer au Conseil médical du Québec.

Application de la Loi sur la justice administrative

Selon l'article 200 de la *Loi sur la justice administrative*, le ministre de la Justice est tenu de déposer au plus tard le 1er avril 2003 à l'Assemblée législative un rapport sur la mise en œuvre de cette loi dans les ministères et organismes. Le Conseil médical du Québec, étant visé a priori par l'obligation de transmettre des renseignements, a complété un questionnaire à ce sujet. Il a ainsi démontré qu'il ne rendait pas de décision individuelle concernant directement des citoyens et des entreprises et que, par conséquent, il devait être soustrait de la liste des organismes assujettis aux articles 3 et 178 de cette loi.

La modernisation de la gestion publique

Le Président du Conseil médical du Québec a désigné monsieur Claude Roberge pour agir à titre de répondant dans les dossiers de la modernisation.

Le code de déontologie

En conformité avec le Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics, sanctionné par le gouvernement le 17 juin 1998, le Conseil a adopté, le 23 avril 1999, un Code d'éthique et de déontologie à l'intention des membres du Conseil médical du Québec dont on trouvera copie en annexe. Le Code d'éthique est aussi disponible sur demande et peut être consulté sur le site Internet du Conseil médical du Québec.

L'éthique

En complément du Code d'éthique et de déontologie qui vise les membres du Conseil, le Président doit s'assurer du respect des normes d'éthique et de discipline par les fonctionnaires du Conseil médical du Québec. Il peut s'appuyer sur le *Règlement sur l'éthique et la discipline dans la fonction publique*, sur la *Déclaration de valeurs de l'Administration publique* entrés en vigueur le 21 novembre 2002, ainsi que sur le répondant en éthique. Le rôle du répondant est, entre autres, d'informer et de conseiller les autorités et les employés en matière d'éthique et de susciter la réflexion sur les valeurs.

La déclaration de services aux citoyens

Le Conseil médical du Québec a été exempté de la déclaration des services aux citoyens prévue dans la Loi sur l'administration publique, étant donné qu'il destine ses avis au ministre de la Santé et des Services sociaux sans offrir de services directs à la population.

La protection des renseignements personnels

Le Conseil médical du Québec s'est conformé aux directives émises en mai 1999 concernant la mise en œuvre du plan d'action gouvernemental de protection des renseignements personnels.

Considérant la taille du Conseil et surtout l'absence quasi totale de renseignements personnels en sa possession, le Conseil a jugé utile d'associer ses responsabilités en cette matière à celles du Comité ministériel responsable de la Loi d'accès à l'information et de la protection des renseignements personnels.

DEUXIÈME PARTIE
LES VALEURS ET LES PRINCIPES QUI GUIDENT LES MEMBRES DU CONSEIL

Après avoir complété, en 1995-1996, un premier cycle d'activités axées sur leur programme initial de travail, les membres ont voulu rétrospectivement reconnaître les valeurs et les principes qui les ont inspirés tout au long de leurs réflexions et qui serviront de guides dans la poursuite de leurs travaux. Ce sont les suivants :

1) Le Conseil croit qu'il est non seulement souhaitable, mais essentiel et possible de préserver les principes fondamentaux sur lesquels repose notre système de soins de santé, à savoir : l'accessibilité, l'universalité, l'intégralité et le caractère public de sa gestion et de son financement.

2) Le Conseil pense que la préservation de la liberté thérapeutique dans la relation patient-médecin, sans ingérence administrative, constitue un préalable à toute organisation d'un système de soins de qualité.

3) Le Conseil pense aussi qu'il est essentiel que l'optimalisation de la pratique clinique soit développée et animée par les pairs plutôt que par des instances technocratiques. La participation des médecins à la gestion du système de soins de santé nécessite cependant la responsabilisation totale des professionnels et à terme, leur imputabilité.

4) Le Conseil croit également que les modifications qui doivent être apportées au système et qui touchent à la manière de donner les soins, doivent être faites dans un esprit de collaboration avec les médecins. L'information et la persuasion sont nécessaires pour susciter l'adhésion du corps médical sans laquelle les changements sont voués à l'échec.

5) Le Conseil considère que la responsabilisation des médecins et de la population doit être à la base de l'organisation des services de santé. La responsabilisation des médecins et de la population constitue le moyen le plus dynamique pour susciter les comportements individuels corrects attendus de la part des médecins et des bénéficiaires.

6) Le Conseil estime que l'organisation des services doit être orientée dans une perspective de préservation de la santé qui reconnaisse et conjugue la double démarche médicale, préventive et curative.

7) Le Conseil est convaincu que le modèle d'organisation des soins doit être conçu pour garantir l'efficacité et la qualité des services, ainsi que leur pertinence. Le Conseil est d'avis que la qualité des services passe obligatoirement par la continuité des soins. C'est en somme, l'approche globale et intégrée des services de santé de l'individu que le Conseil préconise.

8) Le Conseil juge qu'il est essentiel de maîtriser les coûts totaux du système.

9) Le Conseil croit enfin que la réorganisation du système de soins doit être axée sur la notion de services à la clientèle plutôt que sur la défense ou la protection de l'organisation actuelle des services.

TROISIÈME PARTIE
LES ACTIVITÉS DU CONSEIL

Cette partie du Rapport de gestion est consacrée à l'examen des résultats atteints par le Conseil médical du Québec en fonction des objectifs annoncés dans le Plan stratégique 2001-2003.

Ce plan prévoyait au départ la réalisation, à l'intérieur d'un cadre comportant deux axes et trois orientations, de onze objectifs dont un fut abandonné en 2001-2002 à la suite de la décision du Ministère de mettre sur pied un groupe de travail spécifiquement dédié à la vision du réseau d'hôpitaux universitaires.

La réalisation de deux objectifs a été décalée au début de l'année 2003, et six des dix objectifs déterminés par le Conseil dans le *Plan stratégique 2001-2003* sont atteints au 31 mars 2003. Les deux autres objectifs sont en voie de réalisation et les travaux devraient être complétés au cours de l'année 2003. Ce délai s'explique par le manque de ressources professionnelles et par la complexité de certains sujets. Ainsi, le Conseil a préféré utiliser pleinement la période nécessaire à la préparation d'avis bien documentés et réfléchis.

Le lecteur trouvera à la fin de cette deuxième partie, un tableau-synthèse des objectifs fixés et des résultats obtenus au cours de la dernière année.

1. Les séances du Conseil et les réunions des comités de travail

Au cours de l'exercice financier 2002-2003, le Conseil a tenu quatre séances régulières. Celles-ci ont eu lieu alternativement à Québec ou à Montréal, les 31 mai, 27 septembre et 29 novembre 2002 et le 24 janvier 2003. Le personnel de la Permanence s'est, quant à lui, réuni 36 fois. Les différents comités ont, pour leur part, tenu dans l'ensemble 28 réunions de travail.

2. Les travaux des comités

Comité sur les effectifs médicaux

Le Comité sur les effectifs médicaux est un comité permanent du Conseil médical du Québec. Il répond spécifiquement aux exigences de la Loi sur le Conseil médical du Québec qui fait obligation à ce dernier de fournir des avis au Ministre sur les politiques relatives à la main-d'œuvre médicale notamment la politique des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine. La Loi l'oblige également à fournir des avis sur le cadre de référence de la répartition des effectifs médicaux, particulièrement en ce qui concerne les objectifs de croissance ou de décroissance à établir pour chaque région du Québec.

Objectif no 5 : Produire en 2002-2003 un avis sur le professionnalisme et l'interprétation de la notion du ratio médecin/population.

Résultat : Dans la deuxième version de l'avis, la seconde partie de l'objectif sur le professionnalisme a été abandonnée pour se concentrer sur les valeurs du professionnalisme. Quatre réunions ont eu lieu et le comité de travail a dû composer avec un réalignement du contenu souhaité par les membres du Conseil et un changement de la ressource professionnelle affectée à ce dossier. Malgré ces contretemps, l'avis résultant de cette démarche a été inscrit pour adoption à l'ordre du jour de la première séance de l'année 2003-2004.

Objectif no 9 : Produire en 2002-2003 un avis sur la répartition des places dans les programmes de résidence.

Résultat : En décembre 2002, le Conseil médical a adopté l'*Avis sur la politique des inscriptions dans les programmes de formation postdoctorale en médecine pour 2003-2004*.

Objectif no 10 : Produire en 2002-2003 un avis sur le nombre annuel autorisé d'inscriptions dans les facultés de médecine.

Résultat : Le Conseil médical prévoit compléter ses travaux au début du mois de juin 2003. L'avis sera transmis au Ministre dès réception de sa demande.

Comité sur l'imputabilité médicale

Objectif no 6 : Proposer en 2002-2003 un avis sur l'imputabilité médicale et sur les indicateurs de qualité et de résultats dans la prestation des services médicaux.

Résultat : Le comité de travail sur l'imputabilité médicale a, pour sa part, amorcé ses travaux en 2002. Le sujet est déjà bien cerné : l'imputabilité médicale et ses composantes, la « gouvernance clinique » comme mécanisme d'exercice de l'imputabilité face à des soins de qualité essentiellement liés à des objectifs de gains de santé. Tablant sur les acquis concernant les préoccupations et l'évaluation de la qualité des services médicaux, le comité analysera la nature et les conditions de succès de la mise en place d'une bonne « gouvernance clinique ». Le comité de travail s'est réuni à trois reprises, mais a dû interrompre sa réflexion compte tenu de la réalisation prioritaire d'un autre avis. Toutefois, l'objectif de production demeure et le Conseil médical prévoit le dépôt d'un avis en 2003-2004.

Comité sur les services assurés

Objectif 4 : Produire en 2002-2003 un avis sur la révision du panier de services assurés.

Résultat : Conformément à son programme de travail prévu dans le Plan stratégique 2001-2003, à l'automne 2001, le Conseil médical du Québec a mandaté un comité afin de produire un avis sur la révision du panier de services médicaux assurés par l'État.

Face à la montée des coûts des services médicaux, engendrés à la fois par des facteurs structuraux et par l'ajout de nouveaux traitements ou médicaments, le Conseil se préoccupe du manque de transparence des processus d'innovation et de modernisation affectant la pérennité des services offerts. En continuité avec les avis antérieurs, la réflexion en cours porte sur les moyens de garantir à la population l'accès à une gamme de services médicaux efficaces et nécessaires.

En 2002-2003 le comité de travail s'est réuni à cinq reprises afin de compléter sa réflexion sur les enjeux et sur les mesures préservant l'efficacité des prestations de soins « médicalement requis ». À la base, le problème ne semble pas provenir d'une offre de services déficiente, mais plutôt de l'absence d'un mécanisme d'adaptation conciliable avec les valeurs de notre société et sa capacité économique de payer. En effet, face à la montée des coûts et à la résistance des systèmes érigés par les intervenants, les membres du comité de travail réfléchissent sur les meilleurs moyens d'introduire des solutions de remplacement de façon harmonieuse. Ils s'interrogent notamment sur les critères de décision et sur le partage de la responsabilité de décision. Le comité s'est donné comme objectif de parvenir à articuler ce débat d'une façon constructive et réalisable en étudiant les tentatives jusqu'ici infructueuses des pays également confrontés à ce problème. Toutefois la complexité des enjeux, la sensibilité du sujet et des remplacements au sein du comité de travail nécessiteront de prolonger en 2003-2004 la réalisation de cet avis destiné au Ministre.

Comité sur la continuité des soins médicaux entre les lignes de services

Objectif no 7 : Étudier en 2002-2003, la question de l'organisation des services médicaux de 2e et 3e lignes et l'identification des liens fonctionnels essentiels entre la première ligne et ces lignes de services médicaux. Produire un avis à cet effet.

Résultat : Les membres du comité de travail ont été nommés en mars 2002 et ils se sont rencontrés lors de six réunions. Dans la perspective où l'organisation des services de santé doit s'articuler autour des besoins du patient, la continuité des soins s'avère l'élément majeur qui doit être maintenu et renforcé. Les travaux du comité tenteront d'évaluer de quelle manière les médecins peuvent contribuer à améliorer la situation dans la dynamique de changements structurels importants dans l'architecture des services. Un avis portant sur la continuité des soins et des services médicaux sera déposé pour adoption lors de la séance du Conseil du printemps 2003.

3. Orientations 2001-2003

ORIENTATION 1 :	**CONTRIBUER À L'AMÉLIORATION DE L'ORGANISATION DES SERVICES MÉDICAUX SUR L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE QUÉBÉCOIS**
Axe d'intervention 1 :	**L'accessibilité aux services médicaux**
Objectif 1	Proposer en 2001-2002 des stratégies d'implantation de modèles d'organisation et de pratique médicale en 1ère ligne
	En septembre 2001, le Conseil médical adoptait l'*Avis sur la réorganisation des services médicaux de 1ère ligne.*
Objectif 2	Produire en 2001-2002 un avis sur l'organisation des services concernant la santé et les maladies mentales
	En septembre 2001, le Conseil médical a adopté l'avis intitulé *Les maladies mentales : un éclairage contemporain.*
Objectif 3	Produire en 2001-2002 un avis sur l'accessibilité au système de soins médicaux
	En juin 2001, le Conseil médical a adopté l'avis intitulé *L'accessibilité aux services médicaux : attente et attentes.*
Objectif 4	Produire en 2002-2003 un avis sur la révision du panier de services assurés
*	Le comité du Conseil médical à qui ce mandat a été confié poursuit présentement ses travaux et estime être en mesure de faire adopter un avis sur le sujet à l'automne 2003.
Axe d'intervention 2 :	**L'organisation de la pratique médicale**
Objectif 5	Produire en 2002-2003 un avis sur le professionnalisme et l'interprétation de la notion du ratio médecin/population
*	Un document intitulé *Réflexion sur le professionnalisme et l'engagement social des médecins* a été présenté par le Comité sur les effectifs médicaux en mai 2002. La partie du mandat concernant l'interprétation de la notion du ratio médecin/population a été abandonnée et la nouvelle version du projet d'avis a été inscrit pour adoption à la séance d'avril 2003.
Objectif 6	Proposer en 2002-2003 un avis sur l'imputabilité médicale et sur les indicateurs de qualité et de résultats dans la dispensation des services médicaux
*	Les travaux sur cette question sont amorcés depuis l'automne 2002 et l'avis devrait être adopté au cours de l'automne 2003.
Objectif 7	Étudier en 2002-2003 la question de l'organisation des services médicaux de 2e et de 3e lignes, et l'identification des liens fonctionnels essentiels entre la 1ère ligne des services médicaux et les autres lignes, et produire un avis à cet effet
*	Ce mandat est en voie de réalisation et devrait être complété en 2003.
Objectif 8	Analyser en 2002-2003 la dynamique de fonctionnement des centres hospitaliers universitaires et produire un avis sur cette question
	Compte tenu des ressources humaines disponibles et du fait que le Ministère a créé un Groupe de travail spécifique sur cette question, le projet a été abandonné pour l'instant.
ORIENTATION 2 :	**CONTRIBUER À L'ÉVALUATION DES BESOINS EN MÉDECINS, À LA COMPOSITION DE L'EFFECTIF MÉDICAL ET À SA RÉPARTITION SUR LE TERRITOIRE QUÉBÉCOIS**
Axe d'intervention 3 :	**La planification des effectifs médicaux**
Objectif 9	Produire en 2002-2003 un avis sur la répartition des places dans les programmes de résidence pour l'année 2003-2004
	Le Conseil a adopté l'avis sur *La politique des inscriptions dans les programmes de formation post doctorale en médecine pour 2003-2004.* en décembre 2002.
Objectif 10	Produire en 2002-2003 un avis sur le nombre annuel autorisé d'inscriptions dans les facultés de médecine pour l'année 2003-2004
*	L'avis sur *Le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale en médecine pour 2003-2004 à 2005-2006* sera transmis au Ministre sur réception de sa demande.
Objectif 11	Analyser en 2001-2002 le plan de l'effectif médical 2001-2003 présenté par le Ministère et présenter un avis sur cette question
	L'avis sur le plan de l'effectif médical 2001-2003 a été adopté en mai 2001. La prochaine analyse est prévue en 2004.

*** travaux en cours**

QUATRIÈME PARTIE
LES COMMUNICATIONS

Le Conseil s'est donné comme orientation générale de développer des communications efficaces pour diffuser et promouvoir ses avis.

À cette fin, Dre Colette Roberge, de la permanence du Conseil, a accepté de faire une présentation de l'avis *Les maladies mentales : un éclairage contemporain,* au Département de médecine sociale et préventive de l'Université de Montréal (4 octobre 2002).

En 2002-2003, les résultats visés étaient :

- de réviser la stratégie de diffusion des avis du Conseil ;
- d'établir un contact soutenu avec les médias médicaux pour la promotion des avis du Conseil ;
- d'augmenter l'intérêt des internautes avec une nouvelle conception graphique du site Internet du Conseil.

En 2002-2003, le Conseil médical du Québec s'est prononcé sur des situations particulières, dans des lettres adressées au ministre titulaire, entres autres concernant :

- Le projet de loi 114 *Loi visant la prestation continue de services médicaux d'urgence* (22 octobre 2002) ;

- Le document *Le Plan de santé et des services sociaux : pour faire les bons choix* (10 décembre 2002) ;

- Le projet de loi 142 *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant les activités médicales, la répartition et l'engagement des médecins* (10 décembre 2002).

De plus, le président, le Dr Juan Roberto Iglesias, dans le cadre de son mandat, participe à des conférences médicales, congrès, événements spéciaux, etc. Il fait aussi des présentations et accorde des entrevues à des médias médicaux. Voici quelques activités du président :

- Participation à titre de président du jury de sélection pour la remise du Prix AHQ/Merck Frosst de leadership médical, lors du Congrès annuel de l'AHQ (23 mai 2002) ;

- Présentation sur l'imputabilité médicale et la gouvernance clinique lors de l'événement Journées de réflexion du conseil d'administration FMSQ (16 août 2002) ;

- Rencontre avec le Dr Lavallois et des représentants du CHUQ concernant l'organisation des services et le chef de département (27 août 2002) ;

- Rencontre avec le ministre, monsieur François Legault, en présence du chef de cabinet, Monsieur Parent, et des docteurs Deschênes et Bernard de la DGAMU concernant la situation dans le milieu médical pour résoudre les difficultés posées par la Loi 114 et les projets législatifs du Ministre portant sur les AMP, les PREM et les contrats d'engagement des médecins (24 septembre 2002) ;

- Entrevue ayant pour titre « Le bilan après 10 ans à la présidence du Conseil médical », accordée au journal *Le Courrier Parlementaire* et publiée dans l'édition du 17 mars 2003.

CINQUIÈME PARTIE

LES PUBLICATIONS DU CONSEIL

Avis :

93-01

Avis sur le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1994-1995 à 1996-1997, septembre 1993

94-01

Avis sur le modèle de projection : Offre et demande de services médicaux, juin 1994

94-02

Avis sur la place des diplômés hors Canada et États-Unis dans le contexte de l'accès aux services médicaux, décembre 1994

94-03

Avis sur le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1995-1996 à 1997-1998, décembre 1994

94-04

Avis sur les études de pertinence dans la dispensation des procédures diagnostiques et thérapeutiques,

Revue de littérature sur les études de pertinence des procédures diagnostiques et thérapeutiques, décembre 1994

95-01

Avis sur l'intégration professionnelle des diplômés d'écoles de médecine situées hors du Canada et des États-Unis, mars 1995

95-02

Avis sur la répartition géographique des effectifs médicaux - Tome 1 - Les plans d'effectifs médicaux, juin 1995

95-03

Avis sur une nouvelle dynamique organisationnelle à implanter - La hiérarchisation des services médicaux, juin 1995

95-04

Avis sur la notion de requis au point de vue médical et sur les services médicaux assurés, décembre 1995

96-01

Avis sur la politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1996-1997 à 1998-1999, janvier 1996

96-02

Avis pour un mode mixte de rémunération des médecins de 1re ligne lié à l'inscription de la population, septembre 1996

96-03

Avis sur le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1997-1998 à 1999-2000, décembre 1996

97-01

Avis sur le projet de Plan de répartition de l'effectif médical 1997-2000, juin 1997

97-02

Avis sur la pertinence des services médicaux au Québec, septembre 1997

97-03

Avis pour un mode mixte de rémunération des médecins de 2e et 3e lignes lié à leurs responsabilités, novembre 1997

98-01

Avis sur le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1998-1999 à 2000-2001, janvier 1998

98-02

Avis sur une nouvelle manière de planifier les effectifs médicaux au Québec, mars 1998

98-03

Avis «Les instituts et les centres hospitaliers universitaires : des établissements en devenir», octobre 1998

98-04

Avis sur l'assurance-responsabilité professionnelle, décembre 1998

98-05

Avis sur le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1999-2000 à 2001-2002, octobre 1998

99-01

Avis sur les cibles en spécialité : mythes et réalités, juin 1999

99-02

Avis sur les propositions de la Table de concertation permanente sur la planification de l'effectif médical au Québec concernant la nécessité de réviser certaines dispositions de la politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1999-2000 à 2001-2002, juin 1999

99-03

Avis sur l'apport complémentaire du secteur privé aux services médicalement requis d'un système de santé modernisé, octobre 1999

99-04

Avis sur le chef de département clinique : rôle et responsabilités, octobre 1999

2000-01

Avis sur le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 2000-2001 à 2002-2000, janvier 2000 .

2001-01

Avis sur le projet de politique des inscriptions dans les programmes de formation postdoctorale en médecine pour 2001-2002, février 2001.

2001-02

Avis sur le plan de l'effectif médical 2001-2003, mai 2001.

2001-03

Avis « L'accessibilité aux services de santé : attente et attentes », juin 2001.

2001-04

Avis « Les maladies mentales : un éclairage contemporain », septembre 2001.

2001-05

Avis sur la réorganisation des services médicaux de 1re ligne, septembre 2001.

2001-06

Ajout d'une place supplémentaire de résidence en médecine interne dans la politique des inscriptions dans les programmes de formation postdoctorale en médecine pour 2002-2003, décembre 2001.

2002-01

Avis sur le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale en médecine pour 2002-2003 à 2004-2005, mars 2002.

2002-02

Avis sur le projet de politique des inscriptions dans les programmes de formation postdoctorale en médecine pour 2003-2004, décembre 2002.

Rapports d'activités :

1993-1994, 1994-1995, 1995-1996, 1996-1997, 1997-1998, 1998-1999, 2000-2001.

Rapport annuel de gestion :

2001-2002

Plan stratégique :

2001-2003

Autres :

- Rapport du Président du Comité de réflexion sur les coûts socio-économiques des deuils non résolus et de l'acharnement thérapeutique, janvier 1995

- Réactions commentaires du Conseil médical du Québec sur le document de travail : la gestion des effectifs médicaux au Québec, septembre 1995.

- Vue d'ensemble des propositions du Conseil médical du Québec pour l'édification d'un système de soins de santé et de services médicaux efficient, juin 1996.

- Avis sur les conséquences prévisibles de la grève illégale des infirmières et des infirmiers du Québec, juillet 1999.

- Propositions novatrices pour assurer l'accessibilité aux soins et la pertinence des services médicaux – Synthèse des avis du Conseil médical du Québec, septembre 2000.

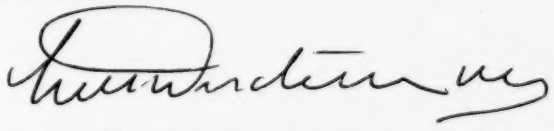
- Avis sur le projet de la nouvelle Politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale en médecine pour 2001-2002 à 2003-2004, mai 2001.

- Lettre au ministre concernant l'ajout d'une place supplémentaire de résidence en médecine interne dans la politique des inscriptions dans les programmes de formation postdoctorale en médecine pour 2002-2003, septembre 2002.

SIXIÈME PARTIE
DÉCLARATION DE CONFORMITÉ

J'affirme que les renseignements contenus dans ce rapport annuel de gestion sont fiables. Au meilleur de ma connaissance, ils sont objectifs, exempts d'erreurs et reflètent fidèlement la réalité des travaux réalisés par le Conseil médical du Québec ainsi que les objectifs atteints en fonction du Plan stratégique 2001-2003 présenté par le Conseil en mars 2001.

Le président,



Luc Deschênes, M.D., F.R.C.S.C.

ANNEXE

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE

Adopté par le Conseil médical du Québec
Le 23 avril 1999

INTRODUCTION

Le présent Code d'éthique et de déontologie a pour but de définir les assises sur lesquelles doit reposer le comportement professionnel des membres du Conseil médical du Québec, dans l'exercice du mandat que leur a confié par le Conseil des ministres. Ce code découle de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif et d'autres dispositions législatives concernant l 'éthique et la déontologie, adoptée le 20 mars 1997.

CHAPITRE I
OBJET ET CHAMP D'APPLICATION

1. Le Code a pour objet de préserver et de renforcer le lien de confiance des citoyens dans l'intégrité et l'impartialité de l'administration publique, de favoriser la transparence au sein du Conseil médical du Québec et de responsabiliser chacun de ses membres.

2. Ce Code d'éthique et de déontologie s'applique aux personnes nommées ou désignées par le gouvernement ou par un ministre au titre de membres du Conseil médical du Québec.

CHAPITRE II
PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES GÉNÉRALES DE DÉONTOLOGIE

3. Les membres sont nommés ou désignés pour contribuer, dans le cadre de leur mandat, à la réalisation de la mission confiée au Conseil médical du Québec par la Loi sur le Conseil médical du Québec (L.R.Q., c. C-59.0001).

Leur contribution doit être faite dans le respect du droit, avec honnêteté, loyauté, prudence, diligence, efficacité, assiduité et équité.

4. Le membre est tenu à la discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions et est tenu, à tout moment, de respecter le caractère confidentiel de l'information ainsi reçue.

Cette obligation n'a pas pour effet d'empêcher un membre représentant ou lié à un groupe d'intérêts particulier de le consulter ni de lui faire rapport, sauf si l'information est confidentielle suivant la loi ou si le président exige le respect de la confidentialité.

5. Le membre doit, dans l'exercice de ses fonctions, prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisanes.

6. Le président et le vice-président du Conseil médical du Québec doivent faire preuve de réserve dans la manifestation publique de leurs opinions politiques.

7. Le membre doit éviter de se placer dans une situation de conflit entre son intérêt personnel et les obligations de ses fonctions.

8. Tout membre du Conseil médical du Québec qui a un intérêt direct ou indirect dans un organisme, une entreprise ou une association qui met en conflit son intérêt personnel et celui du Conseil médical doit, sous peine de révocation, dénoncer par écrit cet intérêt au président et, le cas échéant, s'abstenir de participer à toute délibération et à toute décision portant sur l'organisme, l'entreprise ou l'association dans lequel il a cet intérêt. Il doit en outre se retirer de la séance pour la durée des délibérations et du vote relatif à cette question.

9. Le membre ne doit pas confondre les biens du Conseil avec les siens et ne peut les utiliser à son profit ou au profit de tiers.

10. Le membre ne peut utiliser à son profit ou au profit d'un tiers l'information obtenue dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions comme membre du Conseil.

Cette obligation n'a pas pour effet d'empêcher un membre représentant ou lié à un groupe d'intérêts particulier de le consulter ni de lui faire rapport, sauf si l'information est confidentielle au sens de la loi ou si le président exige le respect de la confidentialité.

11. Le membre ne peut accepter aucun cadeau, marque d'hospitalité ou autre avantage que ceux d'usage et d'une valeur modeste. Tout autre cadeau, marque d'hospitalité ou avantage doit être retourné au donateur ou à l'État.

12. Le membre ne peut, directement ou indirectement, accorder, solliciter ou accepter une faveur ou un avantage indu pour lui-même ou pour un tiers.

13. Le membre doit, dans la prise de ses décisions, éviter de se laisser influencer par des offres d'emploi.

14. Le membre qui a cessé d'exercer ses fonctions doit se comporter de façon à ne pas tirer d'avantages indus de ses fonctions antérieures au service du Conseil médical du Québec.

15. Le président du Conseil doit s'assurer du respect des principes d'éthique et des règles de déontologie par les membres du Conseil médical du Québec.

CHAPITRE III
ACTIVITÉS POLITIQUES

16. Le président doit informer le secrétaire général du Conseil exécutif s'il a l'intention de présenter sa candidature à une charge publique élective.

17. Le président doit se démettre de ses fonctions s'il veut se porter candidat à une charge publique élective.

18. Le président, s'il est à temps plein et qu'il veuille se porter candidat à la charge de député de l'Assemblée nationale, de député à la Chambre des communes du Canada ou à une autre charge publique élective dont l'exercice sera probablement à temps plein doit demander et a droit à un congé non rémunéré à compter du jour où il annonce sa candidature.

19. Le président, s'il est à temps plein et qu'il veuille se porter candidat à une charge publique élective dont l'exercice sera probablement à temps partiel, mais dont la candidature sera susceptible de l'amener à enfreindre son devoir de réserve, doit demander et a droit à un congé non rémunéré à compter du jour où il annonce sa candidature.

CHAPITRE IV
DISPOSITIONS COMPLÉMENTAIRES

20. Les membres ont également pris connaissance du décret du gouvernement du Québec (824-98) adopté le 17 juin 1998, concernant le Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics et reconnaissent qu'en vertu de l'article 5 de ce Règlement, les principes et les règles les plus exigeants s'appliqueront en cas de divergence entre le Règlement et le Code adopté pour le Conseil médical du Québec.

21. Les membres du Conseil médical du Québec ont adopté le présent Code d'éthique et de déontologie lors de la séance régulière du 12 mars 1999.